

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
INTERNATO DE MEDICINA - 12ª FASE

ANÁLISE DE 287 CASOS DE DOENÇA ULCEROSA
PÉPTICA, ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO,
ENTRE MAIO DE 1980 A MAIO DE 1988

AUTORES:

- ANDRÉA THIVES DE CARVALHO
- MARILANE VIEIRA MACHADO

FLORIANÓPOLIS, - JUN/88

ANÁLISE DE 287 CASOS DE DOENÇA ULCEROSA
PÉPTICA, ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO,
ENTRE MAIO DE 1980 A MAIO DE 1988

AUTORES:

- ANDRÉA THIVES DE CARVALHO*
- MARILANE VIEIRA MACHADO*

* DOUTORANDAS DA 12ª FASE DE MEDICINA

ORIENTADOR:

- VANIR CARDOSO

DEDICATÓRIA

As pessoas que muito amamos

"Seu melhor amigo é aquele que o
estimula a por em ação o que de melhor
há dentro de você."

ÍNDICE

1 - RESUMO	01
2 - INTRODUÇÃO	02
3 - CASUÍSTICA E MÉTODO	03
4 - RESULTADOS	04
5 - DISCUSSÃO	19
6 - CONCLUSÃO	28
7 - SUMARY	30
8 - BIBLIOGRAFIA	31

1 - RESUMO

O presente estudo analisa retrospectivamente 287 pacientes portadores de Doença Ulcerosa Péptica atendidos no Hospital Universitário no período de maio de 1980 a maio de 1988.

A faixa etária mais atingida compreendeu-se entre 21 a 30 anos de idade.

O sexo masculino prevaleceu numa proporção de 2,3:1 ao feminino.

Focaliza também a sintomatologia presente, achados radiográficos e endoscópicos encontrados, terapêutica clínica e cirúrgica adotadas.

2 - INTRODUÇÃO

A Doença Ulcerosa Péptica (D.U.P) é conhecida na medicina desde os tempos históricos. Hipócrates 450 a.C., descreveu uma lesão - Mobis Niger - com significado de vômitos com sangue, apresentando características que lembram a de lesão ulcerada do estômago.

Em 391 a.C., num pilar do templo de Sesculapius Epidaurus, Grécia, foi descrito que Sesculapius num achado cirúrgico evidenciou uma úlcera gástrica em um homem. (23)

Diócles de Carystos cerca de 350 a.C., especificava que eructações amargas, salivação, dor epigástrica de fome com ruídos e vômitos eram sintomas de uma melancólica doença do estômago. (31)

Apesar de transcorridos tantos séculos e do progresso alcançado, principalmente nas últimas décadas, a úlcera péptica ainda continua como um grande desafio, sendo um importante tema da medicina, dada sua alta incidência, já que segundo estudos americanos cerca de 10 a 15% da população adulta apresenta esta molétia pelo menos uma vez na vida.

Atualmente se tem como conceito de doença ulcerosa um grupo de distúrbios do tubo gastrointestinal superior, acompanhado por processo inflamatório, erosivo e ulcerativo atingindo áreas da mucosa gástrica exposta à ação da secreção cloridropéptica.

Sempre que se fala na etiopatogenia e fisiopatologia, costuma-se lembrar dos fatores agressivos e defensivos da mucosa gastroduodenal que atuariam de forma desarmoniosa resultando no desenvolvimento e manutenção da doença ulcerosa.

Todos estes dados são considerados quando se planeja a terapêutica e quando se avalia os resultados do tratamento clínico e cirúrgico desta entidade.

3 - CASUÍSTICA E MÉTODO

Para a realização deste trabalho foram analisados retrospectivamente 1312 prontuários codificados segundo CID (Classificação Internacional de Doenças) sob os números 531, 532, 533, correspondentes às seguintes patologias Úlcera Gástrica, Úlcera Duodenal, Úlcera Péptica de localização não especificada arquivadas no SAME (Serviço de Arquivos Médicos e Estatística).

Num período compreendido entre maio de 1980 a maio de 1988.

Dos 1312 pacientes atendidos no serviço ambulatorial da Clínica Médica, Gastroenterologia e Clínica Cirúrgica e pacientes internados através destes ou do serviço de emergência do Hospital Universitário, apenas 287 foram utilizados neste presente estudo, por preencherem corretamente os critérios protocolares exigidos.

Desta forma foram excluídos 1025, já que os mesmos não satisfaziam as normas apresentadas.

O trabalho constou na identificação do tipo de pessoa acometida, sintomatologia clínica apresentada, fatores hereditários e ambientais, dentre os hábitos de vida, e fatores psicológicos relacionados a gênese da doença ulcerosa.

Para preenchimento dos critérios do protocolo, previamente elaborado, nos prontuários deveriam constar dentre os procedimentos de investigação diagnóstica, solicitação de radiografia esofagogastroduodenal e/ou endoscopia digestiva alta, exames laboratoriais como: hemograma, parasitológico de fezes pelo método de Baermann, e tipagem sanguínea. Constavam também no mesmo terapêutica instituída e complicações adquiridas da doença ulcerosa péptica.

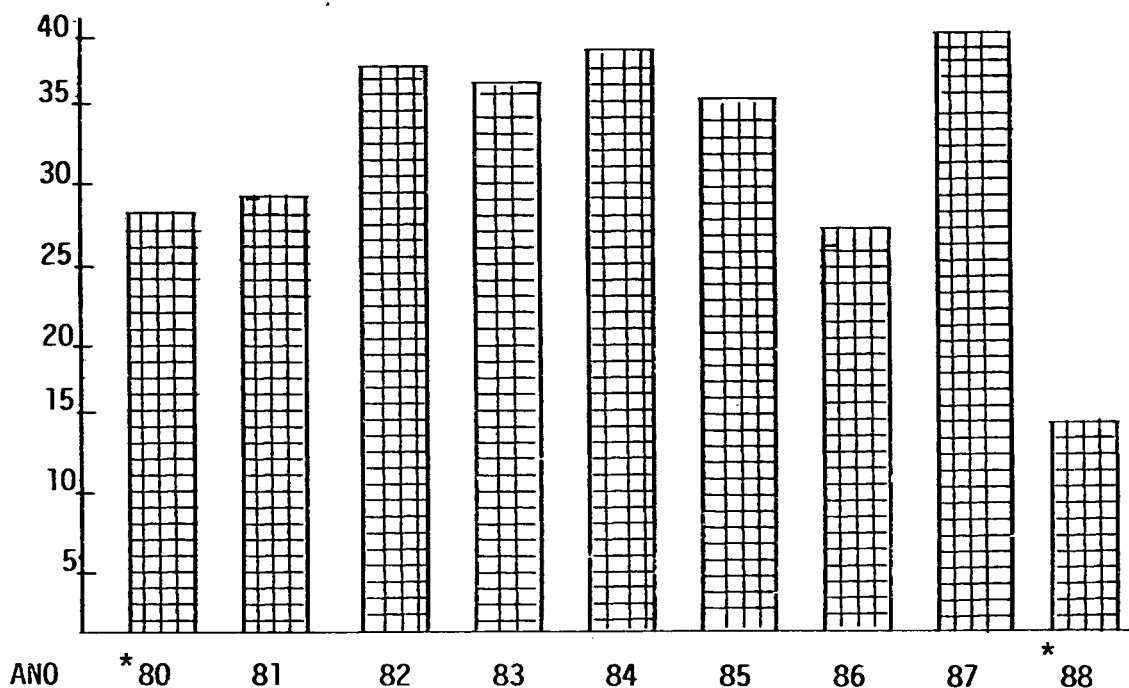
4 - RESULTADOS

Após análise dos 287 protocolos que constituem o universo dos devidamente documentados, verificamos que grande parte dos pacientes foram atendidos a nível ambulatorial, perfazendo 216 (75,30%) e de pacientes internados 71 (24,70%).

A distribuição dos pacientes segundo o ano que foram admitidos mostra a prevalência em 1987, sendo que nos anos de 1982, 1983, 1984 e 1985 não houve maior variação.

GRÁFICO I - REVISÃO DE 287 CASOS DE DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA ENTRE MAIO DE 1980 A MAIO DE 1988.

Prevalência em 1987.



* Não correspondem ao ano inteiro.

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

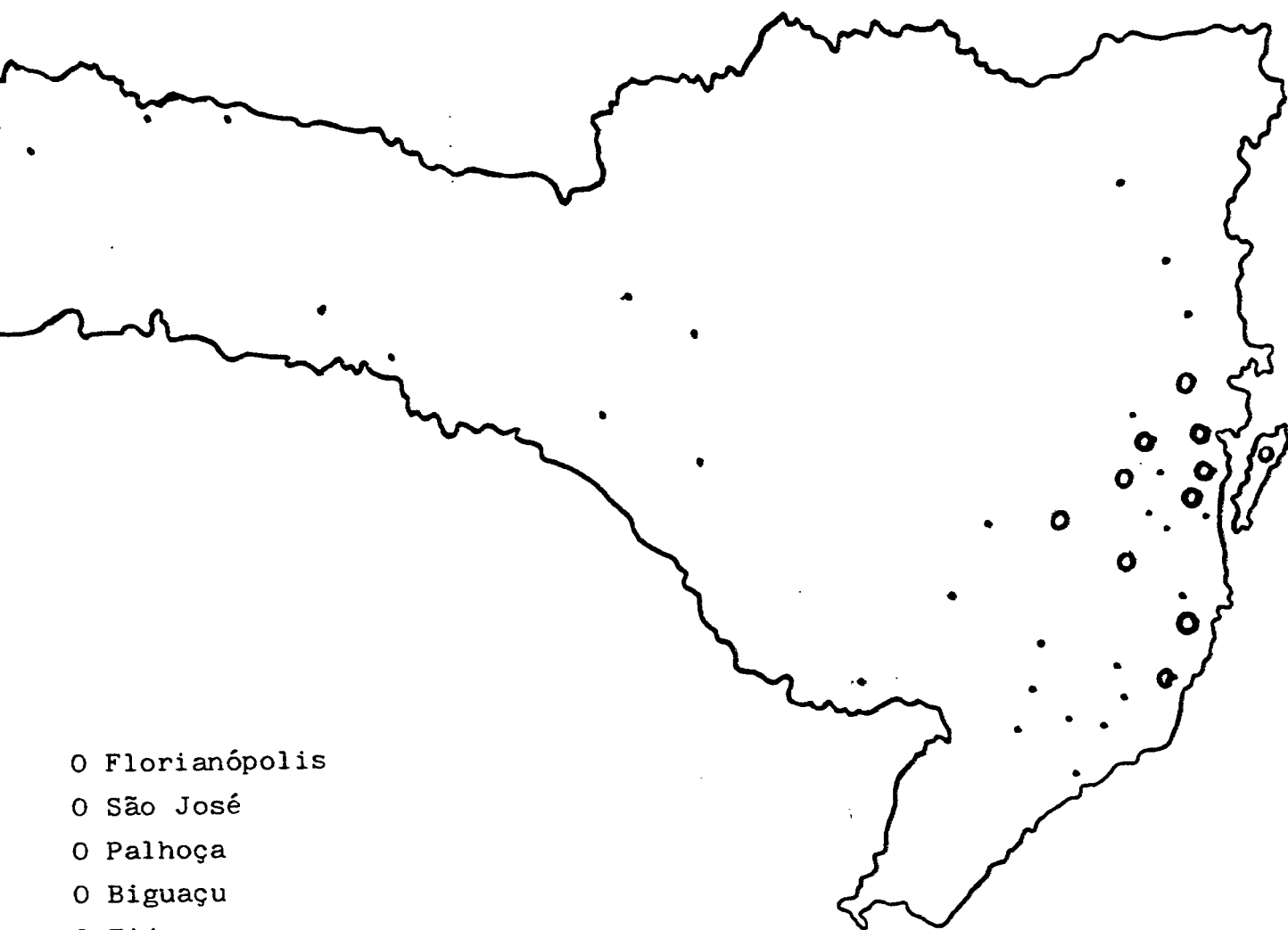
Os pacientes na sua maioria tinham como procedência a região da grande Florianópolis, seguido pela região litorânea e algumas cidades do interior de Santa Catarina, como mostra o Quadro I e o Mapa I.

QUADRO I - LOCAIS DE MAIOR PROCEDÊNCIA DOS 287 PACIENTES

LOCALIDADE	Nº PACIENTES	PORCENTAGEM
Florianópolis	100	34,8
São José	25	8,7
Palhoça	11	3,8
Biguaçu	10	3,5
Tijucas	09	3,1
Garopaba	09	3,1
Antonio Carlos	08	2,8
Alfredo Wagner	07	2,5
Águas Mornas	07	2,5
Imbituba	05	1,7
Outras	96	33,5

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

MAPA I - DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS PACIENTES DE SANTA CATARINA



- O Florianópolis
- O São José
- O Palhoça
- O Biguaçu
- O Tijucas
- O Garopaba
- O Antonio Carlos
- O Alfredo Wagner
- O Águas Mornas
- O Imbituba
- O Outras

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

A avaliação mostrou que os pacientes tinham idade variando entre 11 e 84 anos (idade média de 40,2 anos). A faixa etária de maior acometimento situou-se entre a faixa modal de 21 a 30 anos.

QUADRO II - RELAÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

IDADE	Nº PACIENTES	PORCENTAGEM
11 - 20	18	6,3
21 - 30	79	27,6
31 - 40	56	19,6
41 - 50	52	18,1
51 - 60	48	16,8
61 - 70	26	9,0
71 - 80	06	2,0
81 - 90	02	0,6

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

Destes 201 (70%) eram do sexo masculino e 86 (30%) eram do sexo feminino numa proporção de 2,3:1.

A raça branca predominou com 276 (96,1%) em relação a negróide com apenas 11 (3,9%).

Quanto ao estado civil encontrou-se casados em 201 (70%), solteiros 71 (24,7%), viúvos 14 (5%) e separados 01 (0,3%).

QUADRO III - RELAÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM SEXO, RAÇA E ESTADO CIVIL

SEXO	Nº PACIENTES	PORCENTAGEM
Masculino	201	70,0
Feminino	86	30,0
RAÇA	Nº PACIENTES	PORCENTAGEM
Branca	276	96,1
Negróide	11	3,9
ESTADO CIVIL	Nº PACIENTES	PORCENTAGEM
Casados	201	70,0
Solteiros	71	24,7
Viúvos	14	5,0
Separados	01	0,3

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

Com referência a atividade dos indivíduos analisados neste período, observou-se que as profissões exercidas, em ordem decrescente foram: lavrador em 98 dos casos (34,2%); do lar 60 (7,6%); servente 09 (3,2%); motorista 08 (2,7%) e outros em 90 (31,4%).

QUADRO IV - RELAÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM A PROFISSÃO

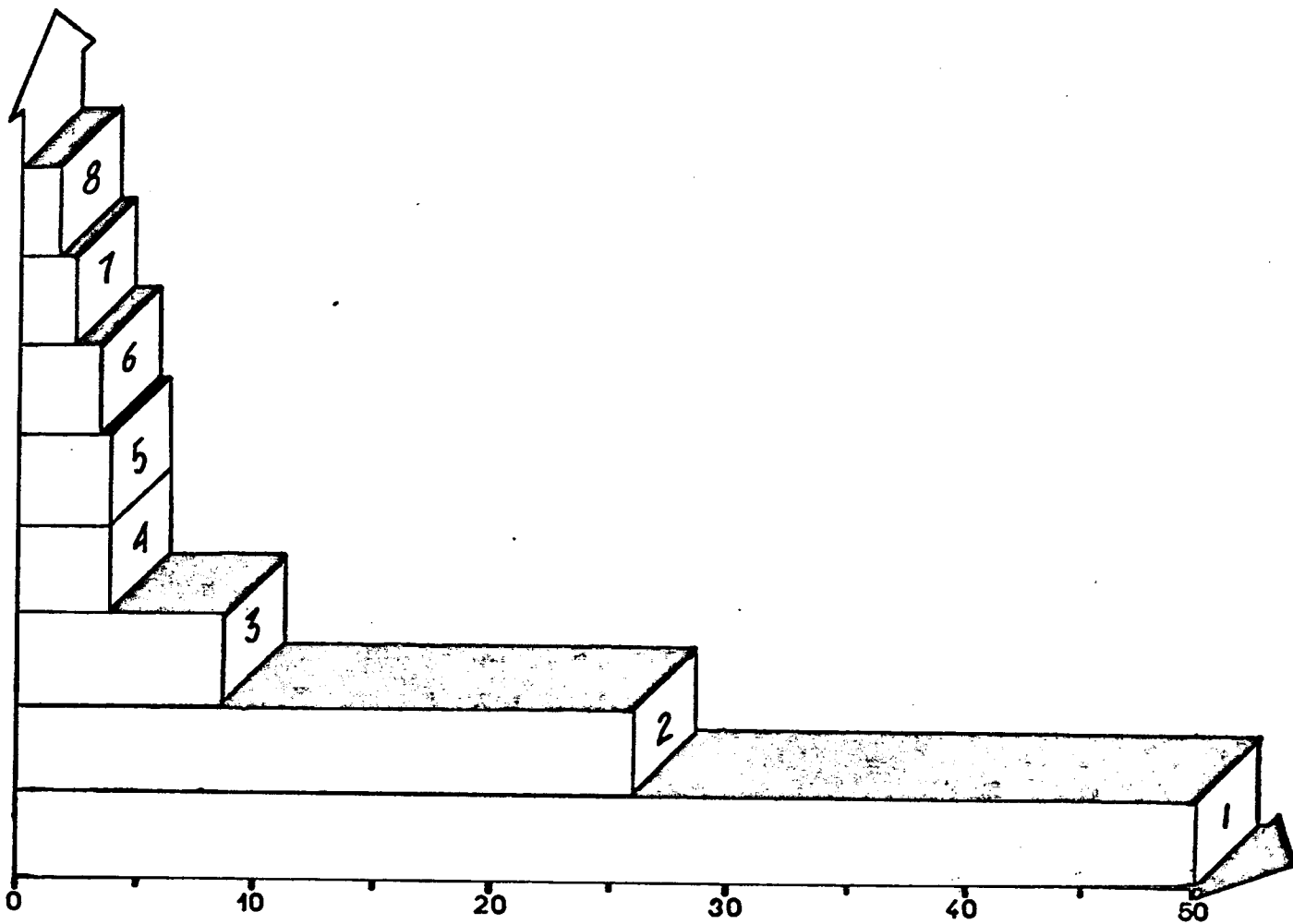
PROFISSÃO	Nº PACIENTES	PORCENTAGEM
Lavrador	98	34,2
Do lar	60	20,9
Estudante	22	7,6
Servente	09	3,2
Motorista	08	2,8
Outros	90	31,3

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

Na história clínica obteve-se como importante sintoma a dor epigástrica em todos os casos, sendo de característica urente em 208 (72,47%).

Nas associações mais incidentes verificamos urência mais Cloking (dor tipo que acorda o indivíduo a noite) em 25 (8,7%), urência mais Hunger Pain (sensação de vazio no estômago, dor tipo fome) em 7 (2,4%), urência mais Cloking mais Hunger Pain 10 (3,8%), e incharacterística correspondendo a 26%. HISTOGRAMA I.

HISTOGRAMA I - FREQUÊNCIA DOS PRINCIPAIS SINTOMAS E SUAS CONCOMITÂNCIAS



- 1 - Urência
- 2 - Incaracterística
- 3 - Urência + Cloking
- 4 - Hunger Pain
- 5 - Cólica
- 6 - Urência + Cloking + Hunger Pain
- 7 - Urência + Hunger Pain
- 8 - Cólica + Hunger Pain

Nos sinais e sintomas concomitantes encontrou-se em ordem de frequência, pirose em 131 casos (29,2%), vômito 84 (18,7%), náuseas 67 (15,0%), emagrecimento 38 (8,5%), melena e distensão abdominal 29 (6,5%), eructação 24 (5,3%), hematêmase 17 (3,8%) e outros sintomas como flatulência, plenitude pós-prandial e cefaléia em 29 (6,5%).

QUADRO V - RELAÇÃO DOS SINTOMAS CONCOMITANTES

SINTOMAS CONCOMITANTES	Nº PACIENTES	PORCENTAGEM
Pirose	131	29,2
Vômito	84	18,7
Náusea	67	15,0
Emagrecimento	38	8,5
Melena	29	6,5
Distensão Abdominal	29	6,5
Eructação	24	5,3
Hematêmase	17	3,8
Outros	29	6,5

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

Na entrevista relatada dos 287 pacientes somente 49 (7,0%) referiam que algum membro de sua família apresentou doença ulcerosa em certa época de sua vida.

Distúrbios psicológicos como por exemplo ansiedade ou depressão foram descritos nos prontuários em 77 pacientes correspondendo a (26,8%).

Dos hábitos considerados como fatores de risco para doença ulcerosa incluídos no protocolo, foi determinado em maior número o fumo em 93 casos (38,1%), álcool 80 (32,7%), café 37 (15,2%), coca-cola 18 (7,5%), AAS 10 (4,0%), chimarrão em 06 pacientes (2,5%).

Dos 287 pacientes, 172 apresentavam hemograma, destes, 120 encontravam-se dentro da normalidade, 36 apresentavam eosinofilia, 10 com leucositose, 4 com anemia e 2 com leucopenia.

Obteve-se também 251 parasitológico de fezes sendo que 84 foram negativos, 167 positivos revelando ancilostomíase em 38 ascarídiase em 37, trichiuriase em 30, strongiloidíase em 26 casos. Dentro do protocolo constava pesquisa de tipagem sanguínea, em apenas 01 (grupo "O" RH positivo) dos 287 casos, houve tal solicitação.

Para diagnóstico da doença ulcerosa foi determinado a realização da Radiografia de Esôfago, Estômago e Duodeno (RXEED), e ou Endoscopia Digestiva Alta (EDA).

Do número total de casos, 278 pacientes realizaram estes procedimentos de investigação, 131 submeteram-se apenas ao RXEED, 84 só ao EDA e 65 a ambos.

Finalmente em 9 pacientes não houve possibilidade de realização destes já que os mesmos foram a cirurgia de urgência, por perfuração da víscera.

As patologias evidenciadas nos 203 RXEED realizados, encontram-se relacionados no quadro VI ocorrendo predomínio das lesões em região de bulbo duodenal com 23 deformações e 54 ninchos ulcerosos.

É importante salientar que alguns pacientes apresentavam mais de uma alteração concomitante e em 71 nada se evidenciou.

QUADRO VI - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DE ACORDO COM O LOCAL DE
ACOMETIMENTO DEMONSTRADAS NA RXEED

LOCAL	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
ESÔFAGO		
Hérnia Hiatal p/ Deslizamento	5	2,7
Refluxo Gastroesofágico	7	3,8
ESTÔMAGO		
Refluxo Duodenogástrico	2	1,0
Estenose Gástrica	1	0,5
Úlcera Fúndica	1	0,5
Úlcera Pilórica	6	3,2
Úlcera Antral	3	1,7
Úlcera Pequena Curvatura	3	1,7
Úlcera Gástrica não Especificada	8	4,2
DUODENO		
Bulbo Deformado sem Lesão Ulcerada	23	12,2
Úlcera Duodenal	42	24,0
Úlcera Duodenal não Especificada	12	6,5
Sem Alterações	71	38,0

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

Dos 147 EDA que foram realizados somente 11 não apresentavam qualquer alteração. Nos 136 restantes houve também predomínio em região de duodeno conforme demonstrou-se no RXEED. Quadro VII subdivide-se em áreas antômicas, com relação das múltiplas lesões em um paciente.

QUADRO VII - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES DE ACORDO COM O LOCAL DE ACOMETIMENTO VISUALIZADOS NA EDA.

LOCAL	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
ESÔFAGO		
Esofagite	15	8,0
Hérnia Hiatal	16	8,6
Lesão Ulcerada Junção Esofagástrica	2	1,0
ESTÔMAGO		
Gastrite	27	14,7
Úlcera Fúndica	3	1,6
Úlcera Pequena Curvatura	8	4,4
Úlcera Região Pilórica	16	8,6
Úlcera Gástrica não Identificada	4	6,5
Pólipo Antral	12	1,0
DUODENO		
Duodenite	19	10,3
Úlcera Bulbar	32	17,4
Úlcera Duodenal não Especificada	22	11,9
Sem Alterações	11	6,0

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

A análise destes dados aponta relação de 57 úlceras em duodeno e 21 em estômago na proporção de 2,7: 1 através do RXEED; enquanto que a endoscopia demonstrou 54 em duodeno e 39 em estômago com incidência de 1,38: 1.

Neste contexto determinou-se a relação entre os 65 pacientes com radiografia e endoscopia, de acordo com o QUADRO VIII 11 EDA estão alteradas mas com RXEED normais.

QUADRO VIII - ANÁLISE COMPARATIVA DOS RESULTADOS ENCONTRADOS ENTRE RXEED E EDA

RADIOGRAFIA	ALTERADA	NORMAL	TOTAL

ENDOSCOPIA			

Alterada	48	11	59
Normal	1	5	6

TOTAL	49	16	65

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

Com o cálculo do χ^2 encontrou-se valor estatístico de $\chi^2 = (P \leq 0,05)$ com significado positivo para os 2 procedimentos diagnóstico, ou seja mínima margem de erro.

Durante o transcorrer de suas patologias, como está documentado, os pacientes receberam as seguintes terapêuticas clínicas, ocorrendo nítido predomínio no emprego de antiácido e bloqueador H_2 (cimetidine). QUADRO IX.

QUADRO IX - TRATAMENTO CLÍNICO DOS 287 PACIENTES COM SÍNDROME ULCEROSA PÉPTICA

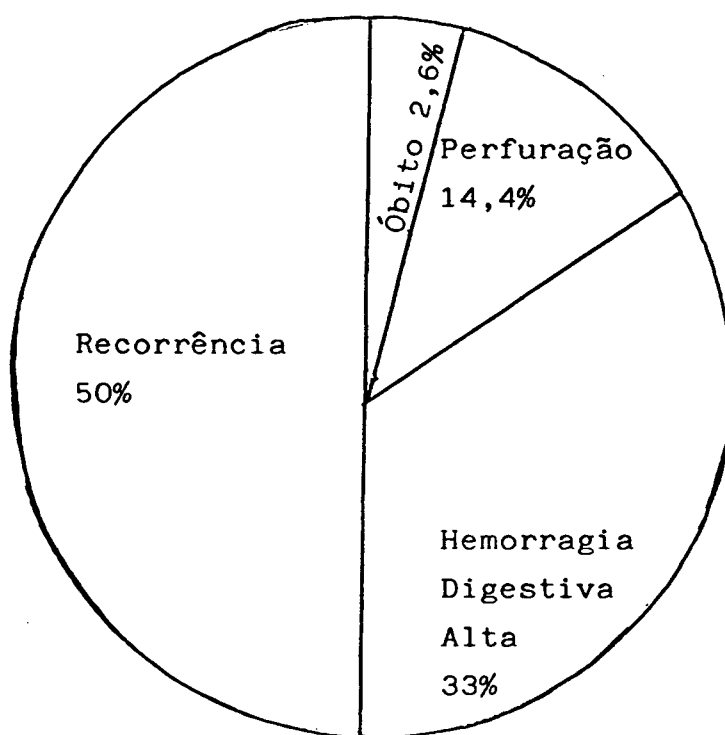
TRATAMENTO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
Dieta	14	4,9
Antiácido	58	20,2
Bloqueador H_2	11	3,9
Dieta + Antiácido	79	27,5
Dieta + Bloqueador H_2	25	8,7
Dieta + Antiácido + Bloqueador H_2	71	24,8
Dieta + Bloqueador H_2	8	2,8
Dieta + Pirenzepine	1	0,3
Dieta + Sucralfate	1	0,3
Dieta + Antiácido + Carbenoxolona	1	0,3
Sem Tratamento	18	6,3

Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

A terapêutica clínica foi instituída por período de 4 semanas em 36 pacientes, por 6 semanas em 62, por 8 semanas em 90 por mais de 8 semanas em 41 e sem relato de tempo empregado em 58 pacientes.

Não obstante, encontrou-se na presente amostra complicações como hemorragia digestiva alta traduzida por melena e ou hematêmese em 39 pacientes, perfuração em 17, recorrência em 59, e 3 óbitos, correspondendo respectivamente a 33,4%, 14,4%, 50,0% e 2,6%. FIGURA I.

FIGURA I - ÚLCERA PÉPTICA - COMPLICAÇÕES



Fonte: Prontuários do SAME do HU - UFSC. P/AA.

5 - DISCUSSÃO

Existem inúmeras justificativas para o interesse médico na patogênese e comportamento da doença ulcerosa péptica, termo este introduzido por Quencke em 1882 (32), que tornou-se um dos temas mais investigados laboratorial, clínica e cirurgicamente.

Assim, úlceras gastroduodenais por sua grande incidência pelo decurso crônico, pela rebeldia ao tratamento, pelas complicações e frequência com que levam os doentes a cirurgia constituem a mais importante de todas as moléstias do aparelho digestivo. (40) Não é uma doença, porém várias doenças. Cada uma das subformas desta, tem uma história natural, diferente localização anatômica e morfologia. Denota uma lesão que se estende à mucosa, além da muscularis mucosae, podendo atingir serosa ou mesmo ultrapassá-la constituindo então a úlcera péptica perforada.

x Mais comumente, são lesões solitárias, que ocorrem a qualquer nível do trato gastrointestinal exposto à ação agressiva de sucos ácidos pépticos (49); (16); (19); (22).

Valiosos trabalhos de pesquisa descreveram incidência de Doença Ulcerosa Péptica entre 5ª e 6ª décadas de vida. Segundo Grossmann e Isenberg, em médicos ingleses, a faixa etária acometida estaria entre 35 a 64 anos, sendo que a partir dos últimos 30 anos, vem descrevendo gradativamente de 3.1 para 1.7/1000 (21).

Cordeiro em estudo de 112 pacientes portadores de úlcera duodenal observou uma média de 36 anos (12).

Corroborando com esses dados, encontra-se nesta casuística uma maior prevalência em idade compreendida de 21 a 30, ou seja 3ª década. Não existem nenhuma explicação satisfatória para esta tendência de acometer pessoas cada vez mais jovens.

Pelo menos uma vez em suas vidas 10 a 15% dos homens e 4 a 15% das mulheres apresentarão esta moléstia (1). As melhores estatísticas referentes à incidência de úlcera gastroduodenal vista através de autópsia e exames de pacientes indicam frequência de 6 a 14% para homens, e 2 a 6% para mulheres, (49) conferindo com a amostra do presente estudo, onde 201 eram do sexo masculino (70%) e 86 feminino (30%), mantendo a semelhante proporção. Há relatos da influência hormonal na úlcera péptica pelo fato das mulheres serem menos afetadas e quando nelas se instalou a úlcera em geral regrediu na gravidez, reaparecendo no pós parto.

Quanto a raça, não se obteve dados bibliográficos que caracterizassem a prevalência da doença ulcerosa em qualquer raça. Neste estudo houve maior incidência da branca em relação a negróide. Devemos salientar que os indivíduos da população estudados eram na sua maioria da raça branca, provenientes de localidades em que esta predomina, seja da grande Florianópolis, região litorânea e cidades do interior de Santa Catarina.

Dentre eles, 201 pacientes (70%) eram casados, entretanto referências bibliográficas citam que não há qualquer influência significativa deste fator na doença ulcerosa (59).

Compara-se os dados colhidos no presente estudo. Constata-se que os pacientes em maior número eram lavradores 98 casos (34,2%) seguidos por do lar em 60 (20,5%) e estudantes 22 (17,6%). De acordo com a bibliografia sabe-se que as úlceras pépticas acometem mais comumente trabalhadores gerais, não bem treinados, de classes econômicas de baixo padrão, onde há um déficit nutritivo, sobretudo de vitamina C (importante na manutenção do colágeno), lipoproteínas e outras deficiências com consequente retardo de cicatrização (10); (45); (49).

Partindo do princípio que o Hospital Universitário atende na sua maioria pacientes carentes ou conveniados ao FUNRURAL e INAMPS relaciona-se os resultados com tal afirmativa.

Admitem alguns autores a incidência familiar registrando por vezes úlcera em mais de um membro de uma família, (59), (45), (33), ocorrendo apenas em 7% dos prontuários utilizados neste estudo.

Não é objetivo discutir aqui as bases sócio-psicomáticas da etiopatogênese da doença ulcerosa péptica, nem considerar a validade dos argumentos com que Isenberg refutou-se (26),; (44),; enquanto outros os supervalorizavam (28).

Por exemplo, descreveram-se muitos casos de úlcera péptica nos períodos de guerra. No entanto pela agitação da vida moderna as mulheres deveriam apresentar maior incidência, o que porém não acontece. (45). Hoje dá-se importância ao stress na sua patogênese por admitir, segundo Gray, que ele estimularia o estômago (ácido clorídrico e pepsina) por via puramente endocrina, cujo último estado seriam as suprarrenais, podendo ocasionar a formação de úlceras até suas complicações. (50).

É de conhecimento que as úlceras pépticas resultam de algum balanço alterado entre a ação agressiva das secreções ácido pépticas e a resistência da mucosa à digestão ácido-proteolítica. Quatro fatores parecem ter importância: 1. Capacidade aumentada da secreção ácido pepsinogênio. (2); (10); (37). 2. Resposta da mucosa gástrica aumentada ao estímulo. (14); (37). 3. Tendência maior da mucosa gástrica a secretar. (54); (6) . 4. Diminuição da efetividade dos mecanismos inibitórios. (34). Deve-se concluir que os agentes tópicos que quebram a barreira como salicilatos, corticóides, sais biliares, café, chá, chimarrão, álcool, fumo, alteram o prognóstico da úlcera péptica não só em relação a recidivas como também na dificuldade de cicatrização e podem ser causa de lesão da mucosa gástrica em homens e animais. (59).

É oportuno discutir que o bom senso médico deve levar ao questionamento e investigação na anamnese da existência de fatores que propiciem o surgimento e agravamento da doença. (33).

Nesta pesquisa poucas foram as histórias que continham ampla descrição sobre os mesmos, sendo difícil determinar um número significativo que pudesse conferir a influência destes sobre a moléstia.

Portanto, em apenas 45 dos casos havia relato de história familiar, em 77 fatores emocionais estavam presentes quanto aos hábitos, fumo em 93, álcool em 80, café 37, coca-cola 18, AAS 10, chimarrão 6, dos 287 pacientes faziam uso, o restante nada informava.

Reporta-se que a úlcera duodenal é mais relacionada a um aumento de fatores agressivos, enquanto a úlcera gástrica que ocorre em condições cloridopépticas normais e subnormais é melhor explicada por enfraquecimento dos mecanismos defensivos da mucosa gástrica.

A sintomatologia presente nos portadores de úlcera duodenal costuma sofrer pouca variação, estaria representada em grande parte das vezes por dor epigástrica com caráter de queimação relacionada a alimentação ou desaparecendo com ingestão da mesma.

É clássico a referência de dor em 4 tempos para a úlcera gástrica e 3 tempos para duodenal. (53). A dor precoce significa úlcera em esôfago ou estômago, a que surge após as refeições, 2 horas ou mais, localiza-se em posições mais baixas do estômago e duodeno.

Pode ainda apresentar-se tipo fome (Hunger Pain) e ter a característica de acordar o paciente a noite (Cloking).

Sua irradiação pode denunciar o local da lesão: úlcera da pequena curvatura irradia para hipocondrio esquerdo; úlcera terebrante tipo contínua para dorso; de porções altas do estômago para tórax, ombro e membro superior esquerdo. Região pré-pilórica para ombro direito e da grande curvatura para região periumbelical.

Inclue-se no diagnóstico diferencial da dor as afecções biliares de pâncreas, gastrite aguda, oclusão intestinal, infarto mesentérico, parasitoses intestinais, síndrome do colo irritável, dispepsia não ulcerosa (síndrome de pseudo-úlcera) (33). Nas doenças extrabdominais incluem-se pericardites, pneumonias, porfirias, tabes dorsalis.

Quando se investigou esta condição determinou-se que foi a dor tipo urente a queixa mais freqüente com 208 casos (72,5%) igualando-se aos achados da bibliografia.

Pirose, Náuseas, vômitos, eructação, distensão abdominal, hemetêrese, melena são sintomas outros descritos pelos pacientes. Entre eles o que mais se destacou foi pirose com 131 casos (31,2%).

Parece certo que a sensação pirose sempre se origina no segmento inferior do esôfago e que se deve a regurgitação do conteúdo gástrico (16).

Dentro das investigações laboratoriais realizadas para diagnóstico da doença ulcerosa péptica faz-se breves referências das parasitoses intestinais e destas a strongiloidíase e giardíase são as que mais comumente promovem dores a nível de epigástrico, as quais muitas vezes se superpõem perfeitamente à da úlcera duodenal. Foi diagnosticado, através do parasitológico de fezes na grande maioria ancilostomíase, ascaridíase, trichiuríase e strongiloidíase em ordem decrescente.

O diagnóstico desta interessante e discutida patologia, embora já possa ser suspeitado pela presença das sintomatologias referidas, jamais poderá ser comprovada sem o concurso de meios semiológicos mais especializados representados pela endoscopia digestiva alta e de radiografia esofagogastroduodenal.

RXEED constitui importante exame sempre que feito em mãos experientes. Todos são unânimes em afirmar que por meio deste exame se pode diagnosticar 95% de todas as úlceras avaliando os distúrbios funcionais principalmente os motores e a extensão da lesão em termos de profundidade. Pode entretanto apresentar desvantagens em relação a endoscopia principalmente no que diz respeito ao diagnóstico diferencial, ao estadiamento (52) e evolução das lesões. Além de que, em nosso meio seu alto custo é outro fator restritivo.

Os achados radiográficos e endoscópicos encontrados demonstram nítido predomínio das úlceras duodenais em relação as úlceras gástricas, mostrando que o local mais comum de úlceras pépticas está nos primeiros centímetros do duodeno (bulbo), ocorrendo também quase sempre em região pilórica, junto à pequena curvatura da região do antro gástrico, mais raramente na região inferior do esôfago.

Fez-se uma análise comparativa entre os resultados normais e alterados encontrados simultaneamente no RXEED e EDA obtendo um χ^2 de 0,05 considerando estatisticamente significativa para ambos os exames, tendo mesmo valor diagnóstico.

O tratamento médico constaria na proscrição de alimentos e medicamentos que pudessem agredir a mucosa gástrica, a adoção de dietas especiais, (44), (52). Entretanto hoje muitos não acreditam que isto venha interferir colaborando na melhora clínica (45), (12) (13), (8), (9), (48), (2), (4).

A terapêutica medicamentosa da úlcera tem variado no decorrer dos anos de acordo com as tendências e influências da época, advindas das valorosas informações científicas e da evolução da indústria farmacêutica. (4).

Os antiácidos, substâncias que tem sua importância afirmada (12), (13), (43), (47), e contestada por serem onerosos já que devem ser usados em doses elevadas e freqüentes, foram usados empiricamente por 2000 anos, para alívio dos sintomas, e somente na última década demonstrou-se sua capacidade de acelerar a cicatrização das úlceras gastroduodenais. (17), (18), (52); Atualmente, afora estes tem-se a cimetidine, a ranitidine, por exemplo que agem na secreção ácida, bloqueando os receptores H₂. (31), (11), (3), (2), (18), (40), (36). Como também novas drogas com características farmacodinâmicas particulares e mecanismos de ação diferentes para controle da produção de ácido clorídrico ou protegendo a barreira como pirenzepine, sucralfate; omeprazole, carbenoxolona, anticolinesterásicos, prostaglandinas e sulfaglicopéptideos são utilizadas como esquemas terapêuticos para esta patologia (58), (29), (56).

O presente trabalho verificou no decorrer destes 8 anos que o esquema terapêutico mais utilizado foi a associação de dieta e antiácido, seguido pelo uso concomitante de bloqueadores, a esta combinação.

Deste modo é fácil compreender que o grande progresso no tratamento da úlcera péptica se limita apenas a combater sintomas, acelerar a cicatrização e diminuir temporariamente o índice de recidiva não influenciando diretamente na cura real da doença. (19) Se isto não ocorre ou em caso de perfuração, sangramentos importantes e obstrução, parte-se para o tratamento cirúrgico.

No tratamento cirúrgico recomendado para as formas mais graves, complicadas ou para os que não respondem as medidas clínicas usuais tem merecido preferência dos autores, tendo em vista os seus melhores resultados, a vagotomia troncular com antrectomia, vagatomia e piloroplastia, vagotomia superselativa gastrectomia parcial com reconstituição a Billroth I ou II (35), (46), (25), (55), (57).

Hoje muitos cirurgiões, como os da Mayo Clinic preverem, vagatomia superseletiva em cirurgia eletiva para úlcera duodenal, onde 90 a 95% dos pacientes não apresentam recorrência após esta técnica (23). Enquanto outros baseados em trabalhos mostraram-se favoráveis a preposição do emprego de vagatomia proximal associadamente a piloroplastia para tratamento de úlcera gástrica. Neste trabalho em 10 pacientes optou-se vagotomia superseletiva, outros 17 gastrectomia subtotal e 4 vagotomia troncular mais antrectomia foram realizadas. Em casos de perfuração preferiu-se simplesmente rafia.

Não é de interesse deste avaliar e comentar as complicações provindas das diversas técnicas cirúrgicas utilizadas. Mas, salienta-se entretanto que, deve haver discriminação pelos riscos apreciáveis, perigos e incertezas existentes, neste tipo de tratamento. (27).

Os estudos tem mostrado que quanto mais longa é a história da úlcera, com vários recidivas, pior é a evolução com complicações mais freqüentes. (39), (38).

Baseado nos vários trabalhos realizados foi possível identificar outras circunstâncias associadas com maior incidência de complicações, como pacientes do sexo masculino, idade avançada, ingestão de agentes que agriam a mucosa e em pacientes cirróticos.

- A mortalidade da úlcera péptica está intimamente relacionado a suas complicações tendo como as mais freqüentes, hemorragia, perfuração e obstrução pilórica (5), (7), (15), (30).

De acordo com trabalhos identificou-se que a úlcera péptica perfurada em peritônio livre é responsável por 5 a 8% das emergências abdominais, 5 a 15% das úlceras gástricas em determinada fase sangram através de hematêmese e melena. A obstrução pilórica é a menos freqüente sendo inferior a 5%, porém é mais comum na úlcera duodenal, podendo surgir na úlcera gástrica pré-pilórica e de canal pilórico (39).

Outros trabalhos, demonstram que dos 20% das complicações surgidas 17% seriam hemorragias (hematêmese e melena) e 3% perfuração (39).

Neste presente estudo a casuística foi semelhante a descrita, recorrência estava presente em 59 casos, em 39 casos como complicação houve hemorragia digestiva, 17 perfurações, e óbito em 3.

6 - CONCLUSÃO

- 01 - A doença ulcerosa péptica foi mais comum no ano de 1987 e se manteve sem variação significativa nos anos de 82, 83, 84, 85.
- 02 - A idade média mais atingida variou entre 21 a 30 anos.
- 03 - A doença ulcerosa péptica acometeu com maior frequência o sexo masculino sobre o feminino numa proporção de 2, 3 : 1.
- 04 - Houve predomínio da raça branca sobre a negróide. A procura do Hospital Universitário em relação a esta afecção se fez principalmente por pessoas de cidades que são constituídas na sua maioria por indivíduos descendentes de europeus.
- 05 - A atividade profissional mais encontrada foi lavrador 98 casos (34,2%), do lar 60 (20,5%) e estudantes 22(7,6%). O Hospital Universitário atende na sua grande maioria pacientes carentes e conveniados com FUNRURAL e INAMPS.
- 06 - É de grande importância a realização de uma boa anamnese onde através dela se possa caracterizar dados familiares e emocionais os quais são de grande valor para a gênese de D.U.P. Nos prontuários analisados dificilmente encontra-se estes dados fazendo parte da história, sendo difícil determinar um número significativo que pudessem conferir a influência destes sobre a moléstia.
- 07 - A queixa tipo urência foi a sintomatologia mais frequente com 208 casos (72,5%).

- 08 - Pirose foi o sintoma concomitante mais comumente encontrado com 131 casos (31,24%).
- 09 - Ancilostomíase, ascaridíase, trichiuríase e strongiloidíase foram as verminoses em ordem decrescente que mais se destacaram, superpondo-se aos casos ulcerosos.
- 10 - RXEED e EDA foram realizados em 278 dos 287 estudados. Através destes encontrou-se predomínio das úlceras duodenais em relação à gástrica 2:1. Nos 9 restantes não houve possibilidade já que os mesmos foram submetidos a cirurgia de urgência.
- 11 - A realização destes exames é importante no diagnóstico, pois através deles se pode determinar, localizar e graduar a lesão.
- 12 - A terapêutica clínica na sua grande maioria se fez em 8 semanas usando-se a combinação Dieta + Antiácido em 79 casos, seguido pela tríade Dieta + Antiácido + Bloqueador H2 em 71 casos.
- 13 - As complicações mais incidentes foram: recorrência em 59, hemorragia em 39 casos e perfuração em 17. Conferindo com as referências bibliográficas citadas.

7 - SUMARY

The following study analyses retrospectively 287 Patients carriers of the Disease Peptic Ulcer assisted at the University Hospital in the period from may 1980 a to may 1988.

The most affected age was between 21 and 30 years old.

The masculine sex prevailed in a proportion of 2,3:1, over the feminine.

The study also focalizes the present sintomathology radiology and endoscopy finding, clinical and surgical therapeutics adapted.

8 - BIBLIOGRAFIA

- 01 - Abramovich M. P.: Úlcera péptica, uma abordagem, Revista Brasileira de Clínica Terapêutica, 15 (10) Col XV, nº 10 320 - 321 1986.
- × (02) - Babouris N; Fleter S et: Effect of different foods on the acidity of the gastric contents in patients with duodenal ulcer Part II. Effect of varying the size and frequency of meals 6: 118, 1965.
- × 03 - Barr 6, D, Kary J.Y. et al: A Two-Year Prospective controlled Study of Maintenance and gastric Ulcer. Gastroenterologic, 85 (1) : 100 - 1, 1983.
- × 04 - Bicalho, S.A.: o efeito de três esquemas terapêuticos sobre o PH do conteúdo gástrico em pacientes com úlcera duodenal - Tese Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1976.
- 05 - Baey J., Wong J. PhD et al: Bactéria and septic complications in Patients with Perforated Duodenal Ulcer: The American Journal of Surgery; 143 (5) : 635-9, 1982.
- 06 - Camilleri M., Malageloda J.R. MD et al: Gastric and Autonomic Responses to Stress in Functional Dyspepsia, Digestive Diseases and Sciences, 31 (11) : 1169-1177, 1986.
- 07 - Campos F.J., Onishi I et al: Tratamento de úlcera péptica gástrica e duodenal. Arquivo de gastroenterologia 23 (3) : 169-176, 1986.

- 08 - Carrilho F.J, Onishi I et al : Tratamento de úlcera duodenal com Carbenoxolona sódica. Estudo controlado endoscópico. Arquivo gastroenterologia, São Paulo, 15(4): 167 - 174, 1978.
- 09 - Castro L.P., Ribeiro T.C. Existe base racional para o emprego da dieta branda no tratamento de úlcera péptica, Revista da Associação Médica Brasileira 23:32,1977.
- 10 - Chuong J.J. H., Fischer R.L. et al: Duodenal Ulcer, Incidence Risk Factors, and Predictive Value of Plasma Pepsinogen. Digestive Diseases and Sciences, 31(11) : 1178 - 1184, 1986.
- 11 - Clayman C.B. : Evaluation of Cimetidine (Tagamet) An Antagonist of Hydrochloria Acid Scretion. JAMA, 238 (12) : 1289 - 90, 1977.
- 12 - Cordeiro, F.: Úlcera Duodenal Estudo Randomizado, com 8 esquemas terapêuticos. Arquivo de gastroenterologia, São Paulo 18(1) : 3 - 7, 1981.
- 13 - Cordeiro, F.T., Sartoretto, J.N. et al - Oxethezaine combined with aluminun and magnesiun hydroxide (Oxaime M) in duodenal ulcer pain: a double-blind clinical pharmacology study. Current Therapeutic Res, 19 : 230, 1976.
- 14 - Feldman M, Cora C. et al: Gastric Bicarbonate Scretion in Patients with Duodenal Ulcer - Gastroenterology 88:1205 -8, 1976.
- 15 - Fleshler B., Achkar E: An Agressive approach to the Medical Management of peptic Ulcer Diasese. Archive International Medicina, 141:848-51, 1981.

- 16 - French D.H.: Diagnostico Diferencial, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 10ª edição, 613, 1979.
- 17 - Freston J.U., : Cimetidine I: Developments Pharmacology and efficacy. *Annals of Internal Medicine*, 97:573 - 580,1982.
- 18 - Freston J.U.,: Cimetidine II, Adverse Reactions an Patterns of use. *Annals of Internal Medicine*, 97:728 - 734, 1982.
- 19 - Fry John: Doenças Comuns: Incidência, Natureza e tratamento, São Paulo, Editora Marrole, 161 - 72, 1977.
- 20 - Guyton A.C.: Doenças Comuns: Incidência, Natureza e tratamento, São Paulo, Editora Marrole, 161 - 72,1977.
- 21 - Grossman M.I., Guth P.H. et al: A New look at Peptic Ulcer. *Anais of Internal Medicine* 84:57 - 67, 1976.
- 22 - Harrison R. T.: Medicina Interna, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 10ª edição, 1888 - 1905, 1984.
- 23 - Heerden, J.A.: Symposium on Duodenal Peptic Ulceretion. *Mayo Clinic Procaldinegs*. 55(1) :3 -31, 1980.
- 24 - Holt S., Heading R. et al: In Gastric Emptying Abnormal in Duodenal Ulcer. *Digestive Diaseses and Sciences*, 31(7):685-692, 1986.
- 25 - Hubert J.P., Kiernan P.D. et al: The Surgical Management of Bleeding Stress Ulcers. *Annals of the Sugery*, 151(6) : 672 - 79,1980
- 26 - Isenberg J.I., Freston J.W: Avaliação dos riscos e Benefícios dos Antiulcerosos. *Clinical Chalenges* 1(3) : 3-10,1984.

- 27 - Kennedy T, Green W.E.R.: Stomal and recurrent Ulceraton Medical or Surgical Management. The American Journal of Sugery, 139(1):19 -21,1980.
- 28 - Klatz A.P.: Tratamento clínico da úlcera gástrica sempre que possível. Medicina de hoje. 4: 31-34,1975.
- 29 - Lauritsen K., Rune S.J. et al: Effect of Omeprazole and Cimentidine on duodenal Ulcer. The New England Journal of Medicine, 312(15):958-61,1985.
- 30 - Lee, S. Mitsuo I et al: Long-Tern Follow-up of 2.529 Patients with Gastric and Duodenal Ulcer: Surcival Rate and Causes of Death. Gastroenterologs 94:381-86,1984.
- 31 - Leitão O.R.: Novo enfoque terapêutico das úlceras duodenais. Revista Brasileira de Medicina, 39(3):18-22,1982.
- 32 - Meeroff J.C., Meeroff M.: The ulcer controversy the Nomeclature of ulcer Disease. Digestive Diseases and Sciences, 27(1), 88-89,1982.
- 33 - Magalhães F.N.: Úlcera péptica tratamento clínico. Revista Brasileira de Clínica Terapêutica 15(1-2) :21-33, 1986.
- 34 - Malagelada R.F.: Úlcera Péptica defesa adaptável da mucosa. Papel e controle de fatores não ácidos. Skopia 12:23-27,1980.
- 35 - Mello, J.B., Garrido A.B. et ali: Vagotomias no tratamento de úlcera péptica. Fisiopatologia e repercussões clínicas. Arquivos de gastroenterologia, São Paulo, 13 (2): 109-117, 1976.

- 36 - Michelsohn N.M.: Antiácidos e úlcera duodenal. Arquivos de Gastroenterologia, São Paulo, 20(1): 2, 1983.
- 37 - Moore S.C., Malageleda J.R. et al: Interrelationships Among gastric Mucosal Morphology Secretion, and Motility in Peptic Ulcer Disease. Digestive Disease and Sciences 31(7): 673-84, 1986.
- 38 - Mukanel E, Zer M. et al: Upper Gastrointestinal Bleeding from Uncammon Causes in Patients with Concomitant Peptic Ulcer: A Clinical Diagnostic and Therapeutic Pitfall. International Sugery, 64(1): 48-51, 1979.
- 39 - Nogueira M.U., Penteado, J.F. et al: Úlcera péptica complicada ARS CURANDI, 6:91-95, 1984.
- 40 - Pappas T.N., Mulvihill S.J. et all: Advances in Drug Therapy for Peptic Ulcer Disease. Archive of the Sugery, 122:447-450 1987.
- 41 - Peixoto L.D., Navarro A.M. et li: Cimetidine no tratamento da Úlcera Péptica pós-operatória. Arquivo de Gastroenterologia, São Paulo, 19 (2):59-63, 1982.
- 42 - Perissê P.C.M., Campanário G.A. et al: Hemorragia Digestiva e Ingestão de Drogas. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgições, 10 (1): 18-23, 1983.
- 43 - Petterson W.L., Sturdevant R.A. et al: Healing of duodenal ulcer with and antacid regimen. New England Journal Medicine, 257:341, 1977.

- 44 - Pontes, J.F., Cunha J.C.: Dieta no tratamento da úlcera péptica. Uma abordagem psicossomática. Arquivo de gastroenterologia São Paulo, 20(3): 81-84, 1983.
- 45 - Oriente, L.: Aspectos Clínicos-Cirúrgicos do Estômago e Duodeno, São Paulo, edição USP, 69-158, 1971.
- 46 - Rajab I, Brito J.A. et al: Úlcera Duodenal perfurada, tratada por vagotomia gástrica proximal associada a sutura de lesão. Revista do colégio Brasileiro de Cirurgiões, 12(2) 56-59, 1985.
- 47 - Ribeiro, T.C., Coelho L.G.V. et al: Efeito de antiácido contendo cálcio sobre secreção gástrica de ácido, em pacientes com úlcera duodenal. Arquivos de Gastroenterologia. São Paulo, 21 (3): 113-115, 1984.
- 48 - Ribeiro T.C., Leal S.S. et al: Efeitos diferentes esquemas terapêuticos de antiácidos sobre pH de conteúdo gástrico em pacientes com úlceras duodenal. Arquivos de Gastroenterologia. São Paulo, 20 (1), 3-7, 1983.
- 49 - Robins S.L., Ramzi S.C.: Patologia Estrutural e funcional, Rio de Janeiro, Interamericana, 2ª edição 770-781, 1983.
- 50 - Rottner J.I., Sones J.Q. et al: Duodenal-ulcer disease associated with elevated serum pepsinogênico I. The New England Journal of Medicine. 300(2):63-65, 1979.
- 51 - Salgado J.A., Oliveira C.A et al: Endoscopia findings after antacid, cimetidine and placebo for peptic ulcer-importance of stanging the lesions, Arquivos de Gastroenterologia, São Paulo 18(2):51-53, 1981.

- 52 - Salgado J.A.: Tratamento da úlcera péptica no P.A.C., Bol.Centro de Estudo INSMPS/MG 1,4-5,1979.
- 53 - Sheisenger M.M., Fordtran J.S: Gastroenterologia Clínica, pathophysiology, diagnosis, management, Philadelphia W.B.Saunders 3ª edição 1599-1614,1983.
- 54 - SATO N., Kawano S. et al: Hemodynamia of the Gastric Mucosa and gastric Ulceration in Ratis and in Patients with gastric ulcer, Digestive Disease and Sciences, 31(2):355 -415,1986.
- 55 - Silva E.L.: Vagotomia gástrica Proximal: Fatos e Controvérsias Revista do colégio Brasileiro de Cirugiões, 13(4):153-57,1986.
- 56 - Suirala M.: The possible significance of the central action of trimipramine in the tratament of functional "non ulcer" dyspepsia and peptic ulcer with masked depression. Scand, Journal Gastroenterology 15(58): 57-8,1980.
- 57 - Speranzini M.B.: Porque a vagotomia gástrica proximal no tratamento da úlcera gástrica. Arquivo de Gastroenterologia. São Paulo,20(2): 39-40,1983.
- 58 - Soares L.F.P., Kleiner M.: Pirenzepine no tratamento da úlcera duodenal. Revista Brasileira de Medicina 39(3):23-26,1982.
- 59 - Wlaker P. Luther J. et al: Life Events Stress and Psychosocial Factors in Men with Peptic Ulcer Disease. Gastroenterology, 94_323-30,1988.
- 60 - Whitfield P.F., Mabsley m.: Maximal gastric secretion in smokers and mon-smoker with duodenal ulcer. British Jornal Surgery, 72(12):555 -57,1985.

ANEXO I

PROTOCOLO

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME:

REGISTRO:

DATA DA INTERNAÇÃO

PROCEDÊNCIA:

IDADE:

RAÇA:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

NATURALIDADE:

2 - ATENDIMENTO

☐ Ambulatorial

☐ Emergência

☐ Internação

3 - SINTOMATOLOGIA

A) DOR

1 - Localização:

2 - Tipo: ☐ Queimação

☐ Clóking

☐ Hunger Pain

☐ Cólica

B) OUTROS SINTOMAS:

☐ Pirose

☐ Eructação

☐ Náusea

☐ Flatulência

☐ Tontura

☐ Distensão Abdominal

☐ Vômito

☐ Emagrecimento

☐ Cefaléia

4 - HÁBITOS:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fumo | <input type="checkbox"/> Coca-cola ou Pepsi |
| <input type="checkbox"/> Álcool | <input type="checkbox"/> Café preto |
| <input type="checkbox"/> Outras drogas | <input type="checkbox"/> AAS |
| <input type="checkbox"/> Chimarrão | |

5 - HISTÓRIA FAMILIAR POSITIVA PARA ÚLCERA PÉPTICA:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

6 - FATORES PSICOLÓGICOS:

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Outros |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|

7 - DIAGNÓSTICO:

- ☐ Seriografia Esôfago gastroduodenal
- ☐ Endoscopia
- ☐ Parasitológico de Fezes com Baermann
- ☐ Hemograma
- ☐ Tipagem Sanguínea

9 - RESULTADO DO EXAME:

10 - TRATAMENTO

A) Clínico

- ☐ Dieta
- ☐ Bloqueador H = Cimetidina ☐ Ranitidina
- ☐ Antiácido
- ☐ Pirenzepina ☐ Carbenoxolona
- ☐ Antipésin ☐ Prostaglandinas ☐ Outras

B) Cirúrgico

☐

C) Tempo

- ☐ 4 semanas ☐ 6 semanas ☐ 8 semanas

D) Complicações:

- ☐ Hemorragia ☐ Obstrução ☐ Perfuração
- ☐ Malignização ☐ Recorrência ☐ Óbito

TCC
UFSC
CM
0123

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0123
Autor: Carvalho, Andréa T
Título: Analise de 287 casos de doenças



972808047

Ac. 253317

Ex.1 UFSC BSCCSM